



Aktenzeichen:

Anlage zum Antrag von							
A. Angaben zur Person (Angaben bitte gegebenenfalls berichtigen.)							
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum						
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	AK-Mitgliedsnummer						
B. Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf stationäre Kinderrehabilitation							
Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum des Kindes						
1. Das Kind ist bei mir in Behandlung seit _____ <input type="checkbox"/> laufend/häufig <input type="checkbox"/> gelegentlich zuletzt am _____ Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr							
2. Mitbehandelnde Ärzte (mit Fachrichtung)							
3. Impfstatus							
nein	ja	Jahr	Auffrischung (Jahr)	nein	ja	Jahr	Auffrischung
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Tetanus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Pertussis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
HIB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	FSME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige (z. B. Influenza, Hepatitis B) _____							
4. Tuberkulintest							
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, zuletzt am _____		Ergebnis		<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	
Tag, Monat, Jahr							
5. Hat das Kind eine der folgenden Infektionskrankheiten durchgemacht? (wenn möglich bitte angeben wann)							
<input type="checkbox"/> Masern _____		<input type="checkbox"/> Scharlach _____		<input type="checkbox"/> Windpocken _____		_____	
Monat, Jahr		Monat, Jahr		Monat, Jahr		Monat, Jahr	
<input type="checkbox"/> Mumps _____		<input type="checkbox"/> Röteln _____		<input type="checkbox"/> Keuchhusten _____		_____	
Monat, Jahr		Monat, Jahr		Monat, Jahr		Monat, Jahr	
6. Sonstige Erkrankungen (einschließlich Angaben zu Neigung zu Krampfanfällen, Allergiedisposition, Hauterkrankungen, Atemwegserkrankungen, welche?)							
7. Stationäre Behandlung (z. B. Krankenhaus, Kinderrehabilitation; wenn ja wann, wo, weswegen? Entlassungsbericht bitte beifügen)							
8. Familiäre Krankheitsdisposition (z. B. Allergie, Asthma, Fettstoffwechselstörungen, Herz-/Kreislaufkrankungen)							



Aktenzeichen:

9. Besonderheiten in den Lebensumständen des Kindes
10. Aktuelle Beschwerden (Beginn, Verlauf, derzeitiger Zustand)
11. Klinischer Befund Größe _____ cm Gewicht _____ kg RR _____ mm Hg a) Altersentsprechende körperliche Entwicklung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, und zwar _____ <small>Abweichung</small> b) Beurteilung des Nervensystems und der Psyche c) Besonderheiten des Kindes (z. B. Bettnässen, Aggressionsbereitschaft) d) Soziale Integrationsfähigkeit
12. Diagnose (In der Reihenfolge ihrer Bedeutung für die Kinderrehabilitation, bei Tumorleiden bitte mit Klassifikation)
13. Art und Umfang der bisherigen Diagnostik (Unterlagen bitte als Kopie beifügen)
14. Art und Umfang der bisherigen ärztlichen Behandlung (Bitte mit genauer Angabe der Langzeitmedikation, der aktuellen Medikation, Probleme bei der Behandlung, wenn ja, welche?)
15. Sind besondere Maßnahmen für die oder vor der Kinderrehabilitation erforderlich? (z. B. Vorbehandlung, diagnostische Abklärung, Fokalsanierung; Dauerbegleitung für die Kinderrehabilitation – genaue medizinische Begründung erforderlich)



Aktenzeichen:

16. Gesundheitszustand des Kindes

rehabilitationsfähig

ja nein

reisefähig

alleine in der Gruppe Einzelbegleitung für die Reise erforderlich

Ist für die Dauer der Kinderrehabilitation eine Begleitperson erforderlich?

nein

ja, weil (wenn ja, bitte mit genauer medizinischer Begründung)

Der Antrag erfolgt auf meine Anregung

ja nein

Bitte die beigefügten ärztlichen Unterlagen zurückzusenden

ja nein

17. Sonstige Bemerkungen (z. B. Hinweise zu weiteren Teilhabebedarfen):

C. Honorarabrechnung und Unterschrift

Honorarabrechnung

28,91 € (inkl. Schreibgebühren, Porto und beigefügte Fotokopien) Kosten für Nebenleistungen werden nicht übernommen.

Name und Sitz der Bank

Name, Anschrift des Kontoinhabers

IBAN

BIC

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes